



Klagande	Namn (Om klagomålet anföras av flera personer tillsammans, namnet på den person som är mottagare av beslutet)	
	Postadress (Beslutet i klagomålsärendet och eventuella frågor under behandlingen skickas till denna adress)	
	Postnummer	Postort
	Telefonnummer	
	E-postadress	
	Släktförhållande/relation till patienten	
Patient vars behandling gett upphov till klagomålet	Namn	
	Personsignum	
	Postadress	
	Postnummer	Postort
Föremål för klagomålet (verksamhetsenhet/ producent av hälso- vårdstjänst/ yrkesut- bildad person)		
Ärendet (t.ex. ingrepp, opera- tion, undersökning, behandling)		
Tidpunkt eller tidsintervall		

Händelseförloppet och orsaken till att Ni är missnöjd med vården. Omständigheter kan även framföras i bilagor.

Har verksamhetsenhetens patientombudsman behandlat ärendet?	Ja	Ej
Har Ni framställt en anmärkning till den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten? (Om ja, bifoga anmärkningen och svaret på den).	Ja	Ej

Behandlas detta ärende av annan myndighet:	<input type="checkbox"/> Konsumenttvistenämnden	<input type="radio"/> har inletts	<input type="radio"/> avgjorts
	<input type="checkbox"/> Patientförsäkringscentralen	<input type="radio"/> har inletts	<input type="radio"/> avgjorts
	<input type="checkbox"/> Regionförvaltningsverket. Vilket? _____	<input type="radio"/> har inletts	<input type="radio"/> avgjorts
	<input type="checkbox"/> Socialmyndighet. Vilken? _____	<input type="radio"/> har inletts	<input type="radio"/> avgjorts
	<input type="checkbox"/> Polismyndighet. Vilken? _____	<input type="radio"/> har inletts	<input type="radio"/> avgjorts
	<input type="checkbox"/> Riksdagens justitieombudsman	<input type="radio"/> har inletts	<input type="radio"/> avgjorts
	<input type="checkbox"/> Justitiekanslern	<input type="radio"/> har inletts	<input type="radio"/> avgjorts
	<input type="checkbox"/> Dataombudsmannen	<input type="radio"/> har inletts	<input type="radio"/> avgjorts
	<input type="checkbox"/> Annan behandling. Var? _____		

Underskrift

Underskrift
Namnet förtydligat
Datum och ort

Bilagor

Den ifyllda och undertecknade blanketten postas till:	Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira PB 210 00281 Helsingfors
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------